

FICHA DE INFORMACIÓN MÉDICA COMPLEMENTARIA

DATOS PERSONALES DE LOS PROGENITORES DEL ALUMNO/ALUMNA.

Apellidos y nombre del progenitor o tutor 1

NIF

--	--

Apellidos y nombre del progenitor o tutor 2

NIF

--	--

Como **padre/ madre o tutor/a** del alumno/alumna, en relación con posibles enfermedades o afecciones médicas o de otro tipo, **INFORMA** de lo que se indica más abajo.

En Villamayor, a de de

Firma del progenitor o tutor 1

Firma del progenitor o tutor 2

Autoriza el acceso al informe clínico de los profesionales, educativos y sanitarios, responsables de la asistencia al alumno con problemas de salud.

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL. OBSERVACIONES SOBRE LA SALUD Y ALIMENTACIÓN DEL ALUMNO/A			
NOMBRE DEL ALUMNO/A:			
FECHA NACIMIENTO (DD-MM-AA):		LUGAR:	
¿CARTILLA SEGURIDAD SOCIAL?		¿OTRA SOCIEDAD MÉDICA?	
PADECE ALTERACIONES PSICOMOTORAS O SENSORIALES:			
¿PADECE ALGUNA DE ESTAS ENFERMEDADES? (Marcar con X si procede)			
ALERGIA A ALIMENTOS	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	
ALERGIA A MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	
ALERGIA AL POLEN	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO:	
OTRAS ALERGIAS	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	
ASMA	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO:	
DIABETES	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO:	
EPILEPSIA	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO:	
OTRA ENFERMEDAD O TRASTORNO	<input type="checkbox"/>	ESPECIFICAR:	
AMPLIACIONES Y OBSERVACIONES DE CARÁCTER MÉDICO			
OBSERVACIONES SOBRE LA ALIMENTACIÓN DEL ALUMNO/-A			

Para ampliación de la información y otras observaciones utilice el dorso de esta hoja

IMPORTANTE: En caso de padecer alguna enfermedad, se deberá adjuntar Informe médico que especifique el diagnóstico y el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico.